

# Gastroenteritis aguda infecciosa

Nuevas recomendaciones para el manejo y tratamiento en pediatría

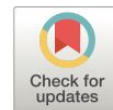
Alba Antón González, R3 Pediatría  
Tutor: Pedro Jesús Alcalá Minagorre

# Actualización en consenso: revisión

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

**Documento consenso**

**SEIP/AEPap/SEPEAP/SEGHNP/SEUP sobre el diagnóstico y tratamiento etiológico de las gastroenteritis agudas de origen infeccioso**



**Alicia Berghezan-Suárez<sup>a,b,\*</sup>, David López-Martín<sup>b</sup>, Ángel José Carbajo Ferreira<sup>a</sup>, Parisá Khodayar-Pardo<sup>c</sup>, Luis Ortiz-González<sup>d</sup>, Belén Aguirrezabalaga González<sup>d</sup>, Ricardo Torres-Peral<sup>e</sup>, Roi Piñeiro Pérez<sup>b</sup>, María Natali Campo Fernández<sup>c</sup>, Begoña Pérez-Moneo<sup>e</sup> y Grupo de Trabajo de Gastroenteritis Aguda en Pediatría<sup>◇</sup>**

Recibido el 31 de mayo de 2025; aceptado el 21 de julio de 2025  
Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2025

# Índice

**01 Introducción**

**02 Diagnóstico**

**03 Principales  
patógenos**

**04 Tratamiento específico**

**05 Complicaciones**

**06 Conclusiones**

**07 Bibliografía**

# Introducción: Gastroenteritis aguda (GEA)

- Deposiciones blandas o líquidas y/o aumento del número de deposiciones en un día (más de 3). Puede presentar vómitos y/o fiebre. Habitualmente dura menos de 7 días y no supera los 14
- Tercera causa de muerte en menores de 5 años en el mundo
- En países desarrollados baja tasa de mortalidad, pero elevada morbilidad e impacto económico y social
- Una de las principales infecciones nosocomiales

# Gastroenteritis aguda (GEA)

## NO INFLAMATORIA

Sin fiebre

Deposiciones acuosas

Sin sangre

Sin mocos

Frecuentemente asociado con vómitos  
y síntomas respiratorios (viriasis)

## INFLAMATORIA

Fiebre

Deposiciones  
**mucosanguinolentas**

Dolor abdominal importante

Irritabilidad, letargia...

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SEGÚN ETIOLOGÍA

# Incidencia en España 2022

**Tabla 1** Incidencia acumulada de las gastroenteritis por microorganismos de declaración obligatoria en España año 2022/Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Microorganismo	Incidencia por cada 100.000 habitantes	Edad de mayor incidencia
<i>Campylobacter</i> spp.	59,16 casos	< 5 años
<i>Salmonella</i> (enteritidis, typhimurium, virchow)	24,97 casos	< 5 años
<i>Giardia</i> (lamblia/duodenalis)	7,42 casos	< 5 años
<i>Yersinia</i> (enterocolitica y pseudotuberculosis)	2,32 casos	< 5 años
<i>Cryptosporidium</i> (hominis y parvum)	1,84 casos	< 5 años
<i>E. coli</i> verotoxigénico	1,36 casos	< 5 años
<i>Shigella</i> spp.	1,14 casos	mujeres: < 10 años varones: 20-44 años
Fiebre tifoidea ( <i>S. typhi</i> y <i>paratyphi</i> )	0,05 casos	1-14 años
Brotes por patógenos emergentes		
<i>Cryptosporidium</i> 2023 <sup>a</sup> ( <i>hominis</i> y <i>parvum</i> )	8,3 casos	1-4 años

<sup>a</sup> Datos 2022 no disponibles.

## CAMPYLOBACTER SPP

59,16 casos por cada 100.000  
Más en <5 años

## SALMONELLA

24,97 casos por cada 100.000  
Más en <5 años

## GIARDIA

7,42 casos por cada 100.000  
Más en <5 años

# Incidencia en España 2022

**Tabla 1** Incidencia acumulada de las gastroenteritis por microorganismos de declaración obligatoria en España año 2022/Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Microorganismo	Incidencia por cada 100.000 habitantes	Edad de mayor incidencia
<i>Campylobacter</i> spp.	59,16 casos	< 5 años
<i>Salmonella</i> (enteritidis, typhimurium, virchow)	24,97 casos	< 5 años
<i>Giardia</i> (lamblia/duodenalis)	7,42 casos	< 5 años
<i>Yersinia</i> (enterocolitica y pseudotuberculosis)	2,32 casos	< 5 años
<i>Cryptosporidium</i> (hominis y parvum)	1,84 casos	< 5 años
<i>E. coli</i> verotoxigénico	1,36 casos	< 5 años
<i>Shigella</i> spp.	1,14 casos	mujeres: < 10 años varones: 20-44 años
Fiebre tifoidea ( <i>S. typhi</i> y <i>paratyphi</i> )	0,05 casos	1-14 años
Brotos por patógenos emergentes		
<i>Cryptosporidium</i> 2023 <sup>a</sup> (hominis y parvum)	8,3 casos	1-4 años

<sup>a</sup> Datos 2022 no disponibles

## CAMPYLOBACTER SPP

59,16 casos por cada 100.000  
Más en <5 años

## SALMONELLA

24,97 casos por cada 100.000  
Más en <5 años

## GIARDIA

7,42 casos por cada 100.000  
Más en <5 años



# ¿Cuándo debemos estudiar una GEA?

## ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE LAS HECES

### CLÍNICA

- Síntomas **>7 días**
- **Ingreso** hospitalario
- Signos de **sepsis**
- Diarrea **enteroenvasiva** (heces con sangre, fiebre alta)
- Síndrome hemolítico urémico (**SHU**)

### PACIENTE

- Lactante **<3 meses**
- **Inmunodeprimidos**
- Paciente **oncológico**
- Enfermedad inflamatoria intestinal (**EII**)

### EPIDEMIOLOGÍA

- Infección nosocomial
- **Brote** en familiares, escuela, hospitales...
- Sospecha de **diarrea del viajero**

# ¿Cuándo debemos estudiar una GEA?

**Hemocultivo, reactantes de fase aguda y hemograma:** Si clínica de sepsis, fiebre entérica, lactante <3 meses, pacientes de alto riesgo (inmunodeficiencia, oncológicos...). También ante deshidratación o si hay sospecha de SHU

## HEMOGRAMA

- Leucocitosis con neutrofilia: origen bacteriano
- Linfocitosis: orientan origen vírico

## RFA

Aumentan más en infecciones bacterianas

- **Procaciltonina** más sensible y específica para distinguir diarreas inflamatorias de las que no lo son
- Infecciones por adenovirus pueden elevar significativamente la **PCR**

# Técnicas diagnósticas

<b>COPROCULTIVO</b>	La más usada Permite antibiograma	Tarda 48-72h <b>Medio competitivo</b>
<b>OBSERVACIÓN EN FRESCO</b>	Útil para parásitos	- Observador/dependiente - Baja sensibilidad
<b>SEROLOGÍA</b>	Sospecha de <i>Strongyloides Stercoides</i>	
<b>Técnicas de detección rápidas</b>		
- ELISA e Inmunofluorescencia	Mayor sensibilidad y especificidad	Más laboriosas y caras
- Inmunocromatografía	- Muy rápida y fácil - Detecta muy bien rotavirus y adenovirus y algunos parásitos ( <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i> ) - Ag <i>Salmonella</i> y <i>Campylobacter</i>	Menos sensible

# Técnicas diagnósticas

COPROCULTIVO		La más usada Permite antibiograma	Tarda 48-72h Medio competitivo
Cantidad	Muestras requeridas	Hora extraccion	
1 CONTENEDOR ESTERIL	HECES		
Pruebas solicitadas			
Área	BACTERIOLOGIA		
Ag Salmonella	Ag Campylobacter		
- Inmunocromatografía	Detecta muy bien rotavirus y adenovirus y algunos parásitos ( <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i> ) - <b>Ag Salmonella y Campylobacter</b>		Menos sensible

# Técnicas diagnósticas

<b>TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):</b> detectan material genético	<ul style="list-style-type: none"><li>- La de mayor sensibilidad</li><li>- Muy rápidas</li><li>- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Más cara</li><li>- <b><u>No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos</u></b></li><li>- No permite antibiograma</li></ul>
--	---	---



# MICROBIOLOGIA MOLECULAR

## Panel Infecciones Gastrointestinales (PCR)

Q	Bacterias (GI)			
Q	Salmonella spp	No se detecta		HECES
Q	Campylobacter spp	No se detecta		HECES
Q	Shigella spp/ E.coli enteroinvasivo (EIEC)	No se detecta		HECES
Q	Yersinia enterocolitica	No se detecta		HECES
Q	Plesiomonas shigelloides	No se detecta		HECES
Q	Vibrio cholerae	No se detecta		HECES
Q	Vibrio spp	No se detecta		HECES
Q	E.coli productor toxinas Shiga (STEC)	No se detecta		HECES
Q	E.coli enteropatógeno (EPEC)	No se detecta		HECES
Q	E.coli enterotoxigénico (ETEC)	No se detecta		HECES
Q	E.coli enteroagregativo (EAEC)	No se detecta		HECES
Q	Clostridioides difficile productor toxina A/B	No se detecta		HECES
Q	Virus (GI)			
Q	Rotavirus	Se detecta		HECES
Q	Adenovirus	No se detecta		HECES
Q	Norovirus GI/GII	No se detecta		HECES
Q	Astrovirus	No se detecta		HECES
Q	Sapovirus	No se detecta		HECES
Q	Parásitos (GI)			
Q	Giardia lamblia	No se detecta		HECES
Q	Cryptosporidium spp	No se detecta		HECES
Q	Cyclospora cayetanensis	No se detecta		HECES
Q	Entamoeba histolytica	No se detecta		HECES

# Técnicas diagnósticas

<b>TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):</b> detectan material genético	<ul style="list-style-type: none"><li>- La de mayor sensibilidad</li><li>- Muy rápidas</li><li>- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Más cara</li><li>- <b><u>No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos</u></b></li><li>- No permite antibiograma</li></ul>
--	---	---

¿HAY QUE PEDIRLO SIEMPRE?

# Técnicas diagnósticas

<b>TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):</b> detectan material genético	<ul style="list-style-type: none"><li>- La de mayor sensibilidad</li><li>- Muy rápidas</li><li>- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Más cara</li><li>- <b><u>No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos</u></b></li><li>- No permite antibiograma</li></ul>
--	---	---

¿HAY QUE PEDIRLO SIEMPRE?

¿Vamos a tratar TODO lo que diagnosticamos?



# Técnicas diagnósticas

<b>TÉCNICAS MOLECULARES (PCR):</b> detectan material genético	<ul style="list-style-type: none"><li>- La de mayor sensibilidad</li><li>- Muy rápidas</li><li>- Disminuye el uso de antibióticos y acorta la estancia hospitalaria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Más cara</li><li>- <b><u>No distingue infección activa, colonización o portadores asintomáticos</u></b></li><li>- No permite antibiograma</li></ul>
--	---	---

¿HAY QUE PEDIRLO SIEMPRE?

¿ Vamos a tratar TODO lo que diagnosticamos?

Solo se pedirá cuando la clínica indique que es necesario iniciar un tratamiento

# Patógenos especiales

## PATÓGENOS EMERGENTES

Aunque no son endémicos de nuestra área, su incidencia va en aumento debido a los cambios ambientales y sociodemográficos

## PATÓGENOS DE SIGNIFICADO INCIERTO

Microorganismos comensales que en ciertas circunstancias pueden causar una enfermedad aguda

PATÓGENO	CUANDO TRATAR	TRATAMIENTO
<b>PATÓGENOS DE SIGNIFICADO INCIERTO</b>		
<u>CITOMEGALOVIRUS</u>  Muestra estéril (biopsia) Tener en cuenta la carga viral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunodeprimidos</li> <li>- EEI</li> </ul>	Ganciclovir
<u>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</u>  <b>NO patógeno en &lt;2 años</b>  La detección de la <b>toxina A/B</b> en heces confirma <b>enfermedad activa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunodeprimidos, EEI</li> <li>- Fibrosis quística</li> <li>- Antibioterapia reciente e ingreso prolongado si episodio grave</li> </ul>	Metronidazol o vancomicina  Fidaxomicina vo 1ª opción si infección grave o alto riesgo de recurrencia o complicaciones

PATÓGENO	CUANDO TRATAR	TRATAMIENTO
PATÓGENOS DE SIGNIFICADO INCIERTO		
<u><i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i></u>  <b>NO patógeno en &lt;2 años</b>  La detección de la <b>toxina A/B</b> en heces confirma <b>enfermedad activa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunodeprimidos, EEI</li> <li>- Fibrosis quística</li> <li>- Antibioterapia reciente e ingreso prolongado si episodio grave</li> </ul>	Metronidazol o vancomicina  Fidaxomicina vo 1ª opción si infección grave o alto riesgo de recurrencia o complicaciones

Niño de <2 años con clínica sugestiva y panel *C. Difficile* + toxina... **¿se trata?**

RARO → de entrada NO  
 ¿Inmadurez de los receptores de la toxina? No hay estudios claros  
 Tratamiento sintomático y solo en casos muy señalados se plantearía tratamiento con vancomicina oral

# Novedades en el tratamiento de la infección por *C. difficile* en pediatría

Ares Sánchez

Andrea Cano



**Servicio de  
Pediatría**  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



**Servicio de  
Pediatría**  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

PATÓGENO	CUANDO TRATAR	TRATAMIENTO
<b>PATÓGENOS EMERGENTES</b>		
<u>ENTAMOEBA HISTOLYTICA</u>	Siempre	Metronidazol + Paramomicina
<u>SALMONELLA TYPHI</u>	Siempre	Cefotaxima
<u>VIBRIO CHOLERAЕ</u>	Siempre (incluso aunque sea solo una sospecha)	Azitromicina

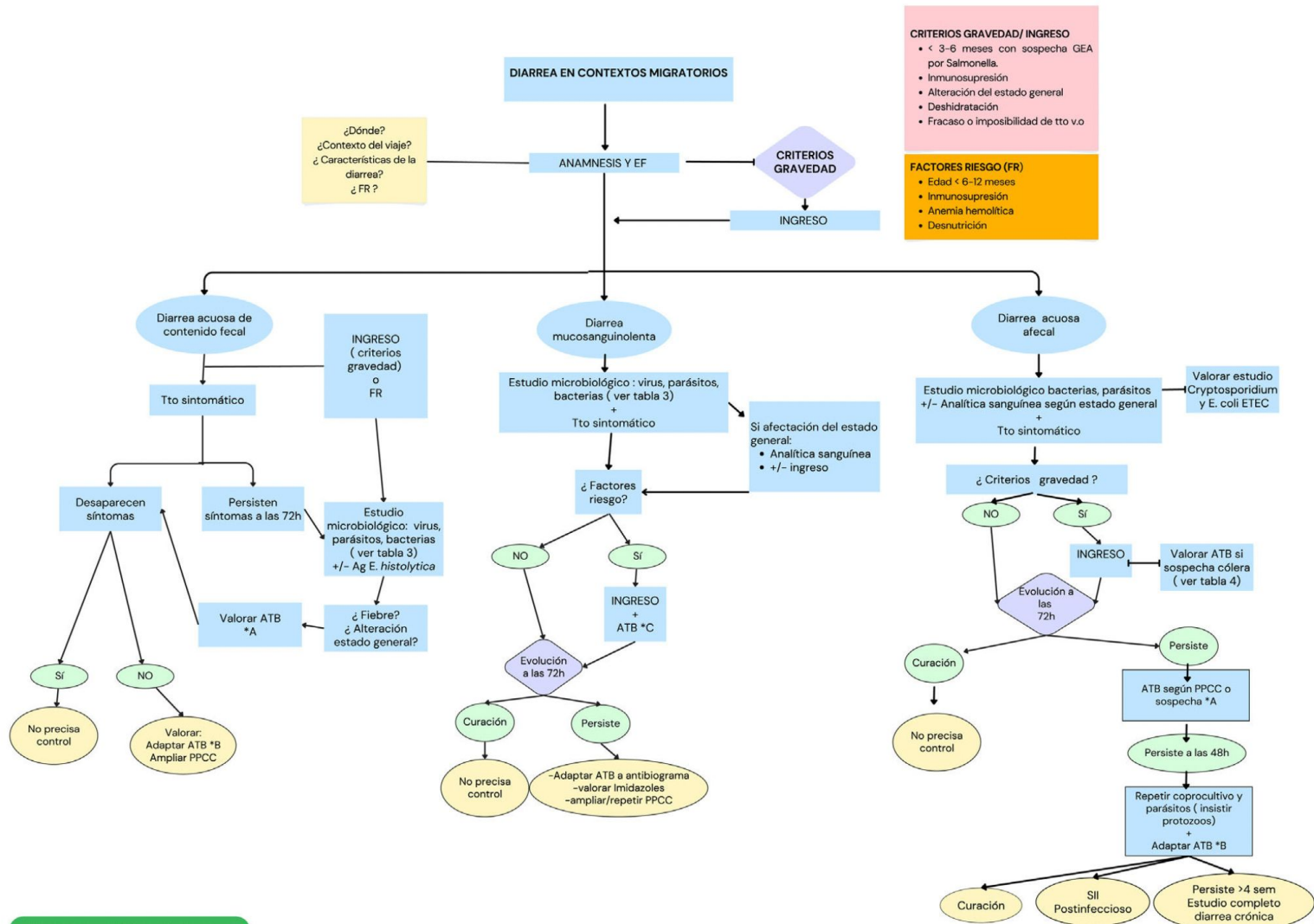
# Diarrea del viajero

Aparece durante el viaje o en los siguientes 14 días tras volver del mismo

Clínica más frecuente en un niño viajero

La etiología y el tratamiento dependerá de la epidemiología del lugar de origen y de los factores individuales del paciente

- **BACTERIAS: lo más frecuente (*E. Coli ET*), *Shigella spp.* (Latinoamérica y África), *Campylobacter Spp.* (Asia), *Salmonella spp.***
  - VIRUS: rotavirus, enterovirus y norovirus sobre todo
  - PARÁSITOS: menos común, más en viajes largos. Destaca la *Giardia lamblia*





# Diarrea del viajero

## FACTORES DE RIESGO

Menores 6-12 meses  
Inmunodeprimidos  
Anemia hemolítica  
Desnutrición

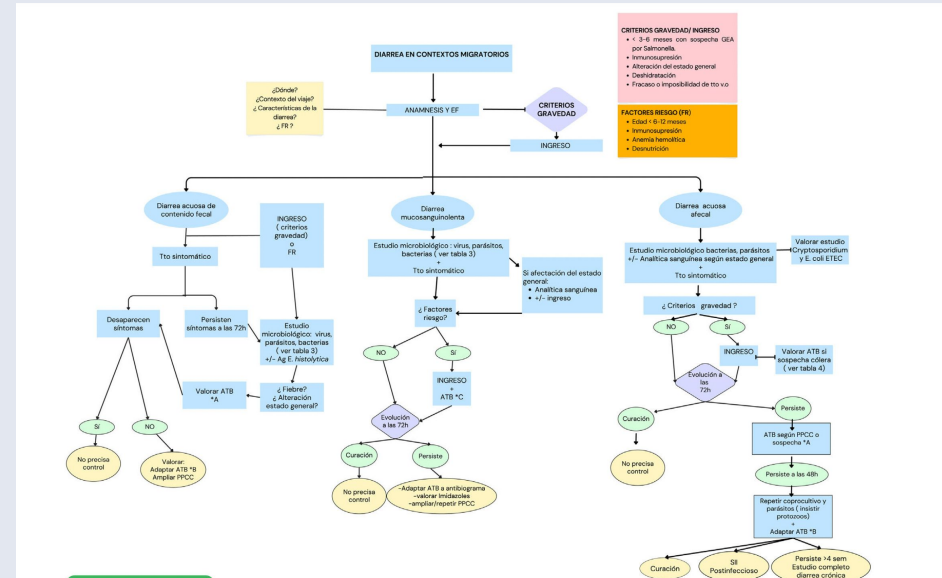
## CRITERIOS DE INGRESO

<3-6 meses sospecha de *Salmonella spp*

Inmunosupresión

Deshidratación

Fracaso o imposibilidad de tratamiento oral



# Diarrea del viajero

**SIEMPRE valorar los FR o criterios de ingreso**

## Diarrea acuosa fecal

Tratamiento sintomático



> 72h sin mejoría



Valorar PPCC

Tratamiento empírico:

**AZITROMICINA**

## Diarrea mucosanguinolenta

Estudio de heces +  
tratamiento sintomático



Tratamiento empírico con  
azitromicina o bien dirigido en  
caso de persistencia de  
síntomas o FR

## Diarrea acuosa afecal

Estudio de heces +  
tratamiento sintomático



Sospechar  
**CÓLERA**



Tratamiento empírico con  
azitromicina o bien dirigido en  
caso de persistencia de  
síntomas o FR

+ **Imidazoles** si no existe la opción de realizar PPCC

# TRATAMIENTO ESPECÍFICO SEGÚN PATÓGENO

# Tratamiento específico

## ***AEROMONAS SPP.***

- Diarrea persistente
- Presentaciones crónicas
- Inmunosupresión

CEFIXIMA

## ***CAMPYLOBACTER***

- Alto riesgo de contagio
- Diarrea >7 días
- Inmunodeprimidos

AZITROMICINA

Infección grave o bacteriemia

CARBAPENEMES  
CEFOTAXIMA

# Tratamiento específico

## **GIARDIA LAMBLIA**

Curso persistente y/o  
grave

METRONIDAZOL

## **SHIGELLA SPP.**

SIEMPRE  
(Incluso solo con sospecha  
epidemiológica)

CEFALOSPORINA 3° G  
Azitromicina

## **YERSINIA SPP.**

Curso persistente y/o  
grave  
Inmunodeprimidos

CEFALOSPORINA 3° G  
Aminoglucósidos



Autores recomiendan NO  
tratar nunca

# Tratamiento específico

## ***ESCHERICHIA COLI***

- Curso prolongado o grave
- Diarrea del viajero prolongada

*E. Coli enteropatógeno*

*E. Coli enterotoxigénico*

AZITROMICINA

# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

*E. COLI* PRODUCTOR  
DE TOXINA SHIGA

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

ANEMIA HEMOLÍTICA

TROMBOCITOPENIA

INSUFICIENCIA RENAL

# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

*E. COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA*

Más asociado a *E. Coli O57:H7*

Existe controversia con relación al uso de antibióticos y su relación con SHU

En general, **CONTRAINDICADO** su uso (sobre todo B-lactámicos y TMP/SMX)

Tratamiento **SINTOMÁTICO**



# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

SAL  
N

En <5  
excrec

## INFECCIÓN INVASIVA POR *SALMONELLA SPP*

Patricia Luis Herrera (R1)

Tutorizado por:  
Dr Pedro Alcalá

ecta a la



acteriemia,  
ntes

# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

## SALMONELLA NON-TYPHI

En niños **sanos**, el tratamiento antibiótico de rutina no afecta a la duración del cuadro (fiebre y/o diarrea)

En <5 años la mediana de tiempo de excreción bacteriana es de 7 semanas

En un 2,6% >1 año



## PORTADORES CRÓNICOS

Mayor **riesgo de colestitis**  
(localización en tracto biliar)



El tratamiento antibiótico favorece: bacteriemia, recaída clínica y cepas resistentes

# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

*SALMONELLA  
NON-TYPHI*

Pero entonces... ¿NUNCA se trata?

## SITUACIONES ESPECIALES DONDE SÍ

Pacientes **de riesgo**:

- <3-6 meses
- Tratamiento concomitante con corticoides
- Inmunodeprimidos, enfermedad linfoproliferativa
  - EEI
- Pacientes en hemodiálisis
  - Anemia falciforme

# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

*SALMONELLA  
NON-TYPHI*

Pero entonces... ¿NUNCA se trata?

## SITUACIONES ESPECIALES DONDE SÍ

Pacientes **de riesgo**:

- <3-6 meses
- Tratamiento concomitante con corticoides
- Inmunodeprimidos, enfermedad linfoproliferativa
  - EEI
- Pacientes en hemodiálisis
  - Anemia falciforme

## CEFALOSPORINA 3º G

- Amoxicilina
- Ampicilina  
(si sensible)

# Tratamiento específico: cuando NO tratar es más importante

*SALMONELLA  
NON-TYPHI*

**COMPLICACIONES:** en estos casos está indicado el tratamiento antibiótico

- BACTERIEMIA: duración del tratamiento varía según la edad



Siempre  
analizar LCR

- MENINGITIS
- OSTEOMIELITIS

**CEFALOSPORINA 3° G**



En **meningitis** valorar añadir **ciprofloxacino** en niños graves hasta la sensibilidad o si persiste el crecimiento en el cultivo a las 24-48h

# ¿Y EL INGRESO?

# ¿Cuándo ingresamos?

## CUADRO CLÍNICO

- Deshidratación o riesgo de la misma, alteración metabólica
- Intolerancia oral
- Síntomas neurológicos
- Si rehidratación oral está contraindicada: deshidratación grave ( $>$  o igual a 9%), shock, abdomen agudo, diagnóstico incierto...

## PACIENTE

- Inmunodeprimidos
- Imposibilidad de tratamiento oral

## ETIOLOGÍA

- Menores de 3-6 meses + infección por *Salmonella no typhi*

# COMPLICACIONES



## **Deshidratación**

Complicación más frecuente. La mortalidad por una deshidratación moderada/grave es poco frecuente en nuestro medio

## **Síndrome post enteritis**

Diarrea que se prolonga más de 7 días. Infección persistente, cambios en la microbiota, malabsorción de HDC, enteropatía por malnutrición... Raro en nuestro medio, más en países en vías de desarrollo

# Complicaciones según etiología:



**Tabla 7** Complicaciones según el agente etiológico

Microorganismo	Complicación
Rotavirus	Afectación grave, convulsiones febriles (2-8%), convulsiones benignas con diarrea leve (4%), encefalitis, meningitis, cerebelitis, enterocolitis necrosante, invaginación, bacteriemia por gérmenes Gram negativos
Norovirus	Brotos estacionales, crisis convulsivas febriles y convulsiones benignas con diarrea leve, afectación grave <sup>a</sup> , diarrea persistente <sup>a</sup>
Adenovirus	Afectación grave <sup>a</sup> , diarrea persistente <sup>a</sup> , hepatitis
Salmonella ( <i>S. enteritidis</i> y <i>typhimurium</i> )	Bacteriemia (1%) <sup>a,b,c</sup> , endocarditis <sup>c</sup> , infección endovascular <sup>d</sup> , osteomielitis <sup>e</sup> , artritis séptica, artritis reactiva <sup>f</sup> , meningitis, absceso cerebral, infección urinaria, afectación visceral (pulmonar, pleural, hepática o esplénica)
Shigella spp.	Bacteriemia (4%), crisis convulsivas y/o encefalopatía (hasta el 40%), artritis reactiva <sup>f</sup> , prolapso rectal, megacolon tóxico, obstrucción intestinal, perforación colónica, reacción leucemoide.
Yersinia spp.	Bacteriemia, faringitis y absceso faríngeo, pseudoapendicitis, ileitis, perforación intestinal, peritonitis, invaginación, megacolon tóxico, isquemia intestinal, colangitis, trombosis vena mesentérica, absceso visceral (hígado, bazo, riñón o pulmón), endocarditis, artritis séptica, artritis reactiva <sup>f</sup> , manifestaciones cutáneas (eritema nodoso <sup>f</sup> ), uveitis, conjuntivitis.
Campylobacter spp.	Enfermedad grave <sup>g</sup> , pseudoapendicitis, colitis, linfoma, colecistitis, peritonitis, eritema nodoso <sup>f</sup> , celulitis, artritis reactiva, artritis séptica, osteomielitis, pseudoaneurisma, pericarditis, miocarditis, síndrome de Guillain-Barré <sup>f</sup> , síndrome de Miller-Fisher <sup>f</sup>
E coli productora toxina-Shiga	Síndrome hemolítico-urémico
Clostridioides difficile	Enfermedad grave, colitis pseudomembranosa, colitis fulminante, bacteriemia, artritis reactiva <sup>f</sup> , enfermedad recurrente
Giardia lamblia	Diarrea crónica con malabsorción, malnutrición, estomatitis aftosa, urticaria, intestino irritable, fatiga crónica, colecistitis, colangitis, hepatitis, insuficiencia pancreática exocrina.
Cryptosporidium spp.	Diarrea crónica con malnutrición <sup>a,g</sup> , colecistitis <sup>g</sup> , colangitis <sup>g</sup> , hepatitis, pancreatitis, síntomas crónicos (dolor abdominal, dolor articular, náuseas, fatiga, cefalea, dolor ocular, anorexia o pérdida de peso)

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

<sup>a</sup> Inmunodeprimidos.

<sup>b</sup> Menores de un año.

<sup>c</sup> Portadores de prótesis.

<sup>d</sup> Arterioesclerosis.

<sup>e</sup> Hemoglobinopatías.

<sup>f</sup> Secuelas postinfecciosas tardías.

<sup>g</sup> VIH.

# Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus



# Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**



# Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga



# Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**



# Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*



# Complicaciones: cada oveja con su pareja

Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)





# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp*

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile*

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia*

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

Adenovirus - **hepatitis**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**



# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

*Shigella spp*

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

*Shigella spp* - **prolapso rectal,**  
**megacolon tóxico, reacción**  
**leucemoide**

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

*Shigella spp* - **prolapso rectal,**  
**megacolon tóxico, reacción**  
**leucemoide**

*Yersinia spp*

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

*Shigella spp* - **prolapso rectal,**  
**megacolon tóxico, reacción**  
**leucemoide**

*Yersinia spp* - **eritema nodoso** (tardío);  
**abscesos viscerales; uveítis,**  
**conjuntivitis**

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

*Shigella spp* - **prolapso rectal,**  
**megacolon tóxico, reacción**  
**leucemoide**

*Yersinia spp* - **eritema nodoso** (tardío);  
**abscesos viscerales; uveítis,**  
**conjuntivitis**

*Cryptosporidium spp*

# Complicaciones: cada oveja con su pareja



Rotavirus - **invaginación**

*E. Coli* productor de toxina Shiga - **SHU**

*Salmonella spp*- **Bacteriemia** (si riesgo);  
**endocarditis** (prótesis); **osteomielitis**  
(hemoglobinopatías)

*Campylobacter spp* -  
**Guillain-Barré; Miller-Fisher;**  
**eritema nodoso** (tardío)

*C. difficile* - **colitis pseudomembranosa**

*Giardia lamblia* - **malabsorción**

Adenovirus - **hepatitis**

*Shigella spp* - **prolapso rectal,**  
**megacolon tóxico, reacción**  
**leucemoide**

*Yersinia spp* - **eritema nodoso** (tardío);  
**abscesos viscerales; uveítis,**  
**conjuntivitis**

*Cryptosporidium spp* - **colecistitis y**  
**colangitis** (VIH)

# Conclusiones

- La GEA infecciosa es una causa muy prevalente en nuestro medio, y es la tercera causa de muerte en menores de 5 años en el mundo
- El tratamiento inicial será sintomático
- Solo en caso de prolongación de la clínica o en casos específicos de factores de riesgo hay que plantear la realización de pruebas complementarias
- A pesar de que suele ser una afección leve, hay que tener presente las posibles complicaciones para ofrecer el mejor tratamiento individualizando cada caso

# Bibliografía

- Berghezán-Suárez A, López-Marín D, Carbajo AJ, Khodayar-Pardo P, Ortiz-González L, Aguirrezabalaga B, et al. Documento SEIP/AEPap/SEPEAP/SEGHNP/SEUP sobre el diagnóstico y tratamiento etiológico de las gastroenteritis agudas de origen infeccioso. An Pediatr. 2025; 103(4) Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-seip-aepap-sepeap-seghnp-seup-sobre-el-articulo-S169540332500219X>
- Pérez Muñoz S, Villota Arrieta J. Diarrea en el niño viajero. Manual diagnóstico terapéutica en Pediatría. 6a edición. Madrid; 2018. p 1521-1524
- Álvarez B, Melendo S, Goterris L, Fernández-Polo A, Rodrigo JA, Navarro E, et al. Infección por Clostridioides Difficile en Pediatría. UPIIP. España; 2023. Disponible en: <https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/C.%20difficile%20DEF%20%28retirada%20ZINPLANA%29%20.pdf>
- Badillo Navarro K, Blázquez Gamero D, García López-Hortelano M. Diarrea del viajero. Prevención y tratamiento (v.2.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [En línea]. Consultado 11/12/2025. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-diarrea-del-viajero-prevencion-y-tratamiento>



# Gastroenteritis aguda infecciosa

Nuevas recomendaciones para el manejo y tratamiento en pediatría

Alba Antón González  
albaanton\_@hotmail.com